

患者のプライバシーの権利に関する看護師の意識

土井 英子

基礎看護学

The Attitude Survey on the Nurses about Patients' right to privacy.

Hideko DOI

(2003年11月5日受理)

看護職は患者の健康状態を常に観察しているために患者の個人情報を知る機会が多い。そのため患者のプライバシーの保護に十分配慮する必要がある、このことは法的にも倫理的にも問題となる可能性をともなう。今回、患者の個人情報コントロール権に関する看護師による個人情報保護の在り方について、看護師1480名を対象とする質問紙調査を行い、987名の回答を得た。その結果によると、患者の個人情報の収集について、その収集に制約があることを意識している看護師がいる反面、そうでない者もいることが分かった。また、患者の個人情報を他の医療従事者と共有するべきと考えている者もいる。さらに、患者本人の意向に添ってカルテを全面開示すべきと考える看護師がいる反面、カルテ開示の可否およびその範囲は依然として、医療者が判断すべきとする意識をもっている者もお多いということがうかがわれた。以上の結果が得られ、若干の考察を行ったので報告する。

はじめに

看護職は患者の健康状態を常に観察している為、患者の個人情報を知る機会も多い。また、医療や看護の質および安全性の確保のためには、適切な患者の個人情報を収集し、共有することが必要となる。そのため患者の個人情報の取り扱いについては、患者のプライバシーの権利に十分に配慮する必要がある。プライバシーの権利については、さまざまに定義されているが、個人情報コントロール権として、自己に関する情報を、いつ、どのように、どの程度まで、他者に伝達するかを自ら決定する個人、集団または組織の権利として一般的に解されている¹⁾²⁾。個人情報の保護という観点からは、情報収集の制限、適正な管理、本人開示および不要となった情報の廃棄等が、法的に

も倫理的にも問題となる。しかしながら患者のプライバシーの権利および患者の個人情報保護に関する文献研究³⁾や看護研究そのものに関する情報の取り扱いについての研究⁴⁾は若干みられる。しかし、看護師が看護業務を行うにあたりどのように患者の個人情報を取り扱うかといった看護師を対象とした調査は1件のみであり、情報収集に限った質的調査⁵⁾があるにすぎなかった。

今回、看護業務上の個人情報保護の在り方について看護師を対象とする調査を行ったので、その結果を報告する。

研究目的

看護師を対象とする質問紙調査を行い、患者の個人情報の収集についてどのように考えるか、そ

の情報の保管管理についてはどうか、患者本人への開示についてはどうか、不要となった情報の廃棄はどうかといった、看護業務上における患者の個人情報保護の在り方について看護師の意識を明らかにする。

研究方法

1. 調査方法：無記名、自記式質問紙調査である。調査対象者には事前に調査への協力を承諾してもらった上で、調査票を個々の対象者の郵送により回収し、対象者の協力の意思を確認するようにして、調査倫理面に配慮した。また、病院評価ではないため、どの病院に所属しているのかについてはわからないように統計処理を行った。
2. 調査対象：全国の病院の少人数を対象とした調査では、倫理的意識の高い者が調査に同意するというバイアスがかかる可能性があるため、〇県所在200床の中規模以上の全病院（30病院）の中からランダムに6病院を抽出した。その抽出した病院に勤務する看護職全員（1480名）を調査対象とした。回収率は66.7%、有効回答者数987名であった。
3. 調査内容：患者の個人情報の収集についてどのように考えるか、その情報の保管管理についてはどうか、患者本人への開示についてはどうか、不要となった情報の廃棄はどうか等について調査項目を作成した。
4. 調査期間：2001年1月末～2月末
5. 分析はSPSSを用いて、 χ^2 検定を行った。

結 果

1. 対象者の属性は平均年齢32.8歳、平均勤務年数11.0年であった。
2. 患者の個人情報の収集（図1・2参照）
入院時に尋ねる既往歴については、図1のように「後々の治療に役立つので、できるだけもれなく尋ねる方がよい」が66.4%、「現在の疾病や症状に関連がある既往歴についてのみくわしく尋ね

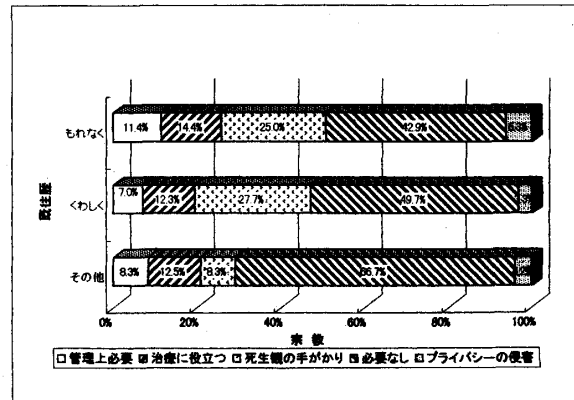


図1. 患者の入院時の情報収集についての看護師の意識

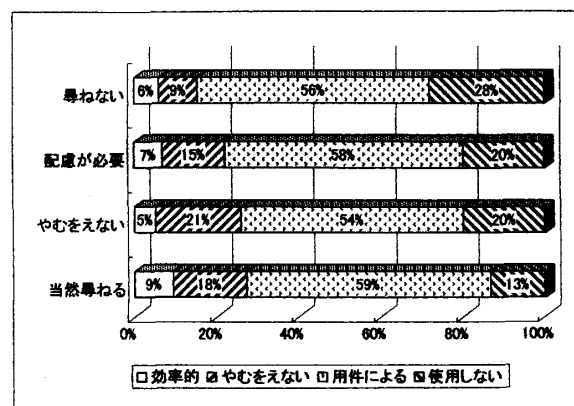


図2. 大部屋の病状聴取とナースコールの使用

る方がよい」が30.8%であった。その他として「診療録に記載されている既往歴を確認」が2.1%、「感染症の既往歴についてのみ」が0.2%、「入院時、既往歴については尋ねない方がよい」が0.1%であった（図1）。

宗教的信念については、「入院管理上必要なことなので必ず尋ねる」が9.8%、「治療に役立つので宗教について尋ねる」が13.5%、「死生観を知る手がかりになるので尋ねる」が25.2%であった。「自分から宗教について話をするまで尋ねない方がよい」が45.5%、「プライバシーを侵害する恐れがあるので尋ねない」が5.4%であった。「尋ねる」が48.5%、「尋ねない」が50.4%であった。但し、既往歴について「もれなく尋ねる」と回答した者の43%が、宗教的信念については尋ねる必要がないと回答しており、宗教的信念の収集の必要性は既往歴よりも低い（ $p<0.01$ ）。看護師の意識において、宗教的信念のような個人

のプライバシーに直結する情報については、その情報の収集に制約のあることが意識されているようであるが、既往歴についてはこれが意識されているとはいえない。

次に大部屋の病状聴取については、「動けない患者が多いのでやむをえない」が31.8%、「看護に必要なことなので当然尋ねる必要がある」が25.0%、「プライバシーを侵害する恐れがあるので尋ねない」が28.7%、「できるだけメモなどで聞く配慮が必要」が13.3%であった。約半数の者は配慮が必要や尋ねる必要がないと回答しており、個人のプライバシーを尊重することが意識されている。また、大部屋のナースコール使用（スピーカ付のインターホン設備）については、「確認だけの用件により多少はよい」が56.1%、「直接患者に聞くべき」が20.6%であった。

以上のように、約半数の者は個人情報の収集に制約が必要であると意識されることなく、患者の個人情報が収集されていることがうかがわれる（ $p<0.01$ ）（図2参照）。

3. 患者の個人情報の保管及び破棄

主治医や担当看護師以外の医療関係者がカルテを閲覧することについては、「必要があればよい」が69.7%、「主治医の許可が必要」が15.3%、「患者の了解が必要」が14.2%であった。約7割の回答者は医療関係者であれば、カルテの閲覧に制限が必要であるとは考えず、むしろ患者の個人情報は他の医療職者と共有するべきと考えていると思われる。

次にカルテの法定保管管理後の取り扱いについては、「保管期間をすぎても保存するほうがよい」が74.1%、「すぐに破棄すべきである」が22.4%であった。「保存する」理由としては、「後の治療に役立つ」が37.7%と多く、次に「患者が診療情報を知ることができる」が25.4%、「データベース化の資料」が11.4%などであった。しかし、長期間保存するとプライバシーが守られにくくなると意識している者は少数であった。

次に、電子カルテを導入することについては、「望ましい」が68.4%、「望ましくない」が27.1%であった。「望ましい」理由としては、「医療者間

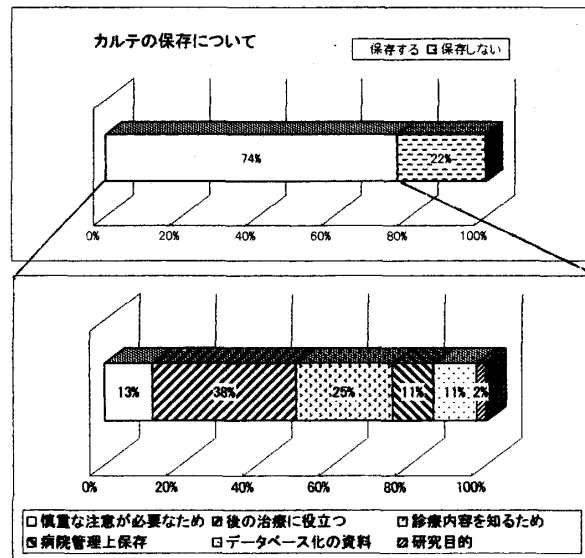


図3. カルテの保存期間の延長とその理由

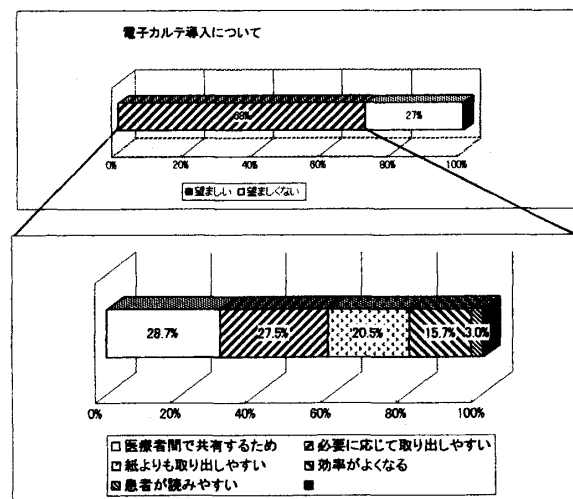


図4. 電子カルテ導入の可否とその理由

で共有しやすい」が28.7%、「患者の情報を必要に応じて取り出しやすい」が27.5%、「紙に保管されたものより取り出しやすい」が20.5%、「効率よくなる」が15.7%であり、「患者が見る場合に読みやすい」は3.0%（36名）であった。「望ましくない」理由としては「入力ミスが起こりやすい」が11.6%、「プライバシーが守られなくなる」が9.5%と少数であった。

以上のように看護師の多くは、患者の個人情報を保護するという意識よりも、医療者間で患者の個人情報を共有することによってチーム医療を行うという意識が強いことがうかがえる。

4. カルテ開示

患者本人へのカルテ開示については、「家族の了解の上で開示すべき」が36.3%、「医療者が必要と判断した場合のみ開示」が29.5%であり、「患者の求めるときは常にカルテを開示すべき」とする回答は29.4%に留まっている。

患者の家族へのカルテ開示については、「医療者の判断による」とする回答者が51.6%と最も多く、「患者本人の同意がなければ開示すべきでない」が37.6%と続き、「家族の求めるときは常に開示すべき」は6.9%にすぎない。

上記の2つの質問の関連をみると、患者自身および家族へのカルテ開示について、看護師の中に多様な考え方が存在していることがわかる。その中から主要な3つのグループを挙げると、患者本人の意思を常に尊重する者が全体の13.0%（122名）、本人と家族の了解が共に必要であると考える者が15.3%（139名）、常に医療者の判断が優先すると考える者が14.6%（137名）であった（表1参照）。

このような3つのグループについて、カルテ開示の範囲に対する意識を比較すると、患者本人の意思を尊重すると回答した者では「カルテを全面開示すべき」と答える者が46.8%であるのに対して、家族と本人との意向を共に尊重すべきと回答する者では、「患者が説明を求めている部分だけを開示すべき」と考える者が54.7%に上っている。医療者の判断で開示すべきと回答した者では、その60.3%が「開示する部分は医師が判断すべき」と答えている（図5参照）。患者本人の意向に添ってカルテを全面開示すべきと考える看護師がいる反面、カルテ開示の可否およびその範囲は医療者が判断すべきとするパターンリスティック（「家長主義」「温情的干渉主義」）な意識をもっている者もお多いということがうかがわれる。

考 察

1. 患者の個人情報の収集

患者の個人情報の収集については、約半数の者は個人情報の収集に制約が必要であると意識され

表1. 患者・家族へのカルテ開示

		家族への開示				合計
		常に開示	医療者の判断	患者の意向	患者の同意	
本人への開示	必ず開示	33	74	58	122	287
	家族の了解	27	102	84	139	352
	看護師の判断	0	7	3	2	12
	医師の許可	6	137	35	93	271
	開示すべきでない	0	6	1	9	16
	合計	66	326	181	365	938

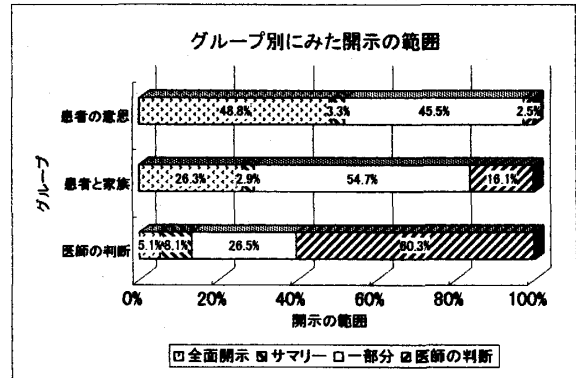


図5. グループ別にみた開示の範囲

ることなく、患者の個人情報収集されていることがうかがわれる。服部⁶⁾は「秘密の守り方には二通りあり、知り得た秘密を他人に漏らさないことは言うまでもないが、それ以前に、秘密に立ち入らない、秘密を引き出さないことも、まま気づかれていないが、よりいっそう基本的な秘密の守り方である」と医療者の重要な義務であると述べ、さらに「秘密に踏みこむ前に、知ることが果たして本当に必要なことなのか、患者にとって益になるのか、それに乗じて自分の好奇心が背後に蠢いていることはないのか、慎重に自問しなければならない」と主張する。看護師が専門職として守秘義務を負い、その義務を遂行するだろうと患者が信じ、また提供する個人情報によってよりよい看護が受けられる期待から、患者自身が提供する個人情報の範囲を決定するのである。看護師は患者から得た個人情報を目的外に用いないことを説明し、患者が他人に明かしたくないであろう患者個人の情報である既往歴や家族歴や生活状況について看護師を信頼した上で打ち明けるのである。既往歴の聴取については医療上・看護上必要な場合もありうるが、入院時の初対面の時に全ての既往歴をくわしく聴くことが必要であろうか。医師の診療録に記載している既往歴を確認することで十分な場合もあると考えられる。入院時、信頼関係も充分できていない時期にくわしく聴取す

ることが必要なのか、患者の利益になる内容なのかについてはさほど意識化せずにルチーンの業務として聴取しているように思われる。

さらに大部屋での病状聴取や看護師の利便性からナースコールを使用することは、患者が答えるしかない状況に患者を追い込んでいるのではないかと批判的に考えることも重要であろう。本来ナースコールは患者が看護師に対してのコールであるはずであり、パーシェントコールになっていないか振り返ってみることも必要であろう。

以上のことから、看護師は患者の自己決定権を尊重し、適切な説明のもとに患者の個人情報を収集することが必要であり、個々の看護師が患者個人の情報収集に制限があることを自覚することが重要であろう。患者の個人情報収集にあたって、専門職としての責任を自覚し、患者の個人情報を保護する態度が求められていると思われる。

2. 患者の個人情報の保管及び破棄

患者の個人情報の保管及び破棄については、看護師の多くの者が患者のプライバシーの問題よりも、医療者間で患者の個人情報を共有することによってチーム医療を行うという意識が強いことがうかがわれた。以下では、まず専門職として必要とされる倫理綱領を提示し、患者のプライバシーの権利について倫理的側面と法的側面から検討を行う。

1) 倫理的側面

まず世界医師会のリスボン宣言（1995年）⁷⁾には、「機密情報は患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示されることができる。情報は患者が明らかに同意を与えられていない場合は、厳密に『知る必要性 a need to know』に基づいてのみ、他のヘルスケア提供者に開示することができる」と規定されている。

この宣言では、「法律に明確に規定されている場合に限り」とされているが、わが国の看護記録については、医療法の第22条の2に第3号及び第4号に掲げる諸記録を体系的に管理すること、特定機能病院は、第21条第1項（第1号、第1号の2及び第14号を除く。）に定めるもののほか、厚

生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない、と明記されている。しかし法的には健康保険法上支払いの関係から、看護記録が要求されているというのが現状である。医師法に相当する保健師助産師看護師法において、看護記録について、その作成及び保存を一般的に義務付ける規定は、助産師以外にはない。保助看法が制定された時は、医師が中心で看護師の記録は重んじられていなかったという背景も考えられる。

以上のように看護記録について、法律上は明確な定めがない。しかし、記載されている個人情報にはかわりなく、その取り扱いが慎重に行われるべきであろうし、保護されなければならないであろう。

次に ICN（国際看護師協会）看護師の倫理綱領（2000年）には、実践家及び管理者に対して「確実に秘密保持が図られる記録／情報管理システムを活用する」と規定され、教育者および研究者に対して「プライバシーと秘密保持に関する考え方を教育カリキュラムに含める」とし、各国看護師協会に「自国の看護師倫理綱領の中に、プライバシーと秘密保持に関する項目を盛り込む」と改定されている。1985年アメリカ看護師協会（ANA）の倫理綱領には「看護師は秘密を守ることにより、患者のプライバシーの権利を保護する。」と規定されている。日本看護協会の看護師の倫理規定1988年では、「看護師は、対象のプライバシーの権利を保護するために、個人に関する情報を守り、これを他者と共有する場合については、適切な判断のもとに対応する。」と規定されており、日本看護協会の倫理綱領には、他者と共有する場合について適切な判断と記載されている。今回の調査結果では、「患者の了解」と回答した者は少なく、先に述べたリスボン宣言の『知る必要性』の基準と範囲とがどれほど明確に決められているかという課題があるといえるであろう。

今日では、かつての医師－患者関係だけのおまかせ医療ではなく、すべての専門職が課された任務を各々責任ある仕方で果たす一方、全体で一つのチームとして息のあった協力体制を組むチーム

医療が求められている。そのようなチーム医療においては、医療に参加する種々の専門職が緊密な相互協力の下で患者の個人情報を共有することが重要であろう。しかしながら患者に了解を得ることなく、医療者が無制限に患者の個人情報を共有するということは、もはや患者中心のチーム医療とはいえない。「患者を数多の受持ち患者のひとり、病棟管理上の対象者のひとりとみるかぎり日常的情報一般と見えるのがふつうであり、私的情報漏示への抵抗感はいままでにくい。けれども逆に、ある一定期間が経過する中で、濃密な人間関係、信頼関係が築かれてゆき、医療者の側で、患者を異他なる個人としてみる感覚、あるいは個別的な治療契約関係においてのみ患者の私的情報を保持することがかろうじて許されているにすぎないという自己規制的な感覚が薄れてしまうと私的情報の漏示の可能性が高くなる。」⁸⁾と服部が指摘しているように、看護師が患者の個人情報と医療者間の情報の共有に距離をとることができるような自己規制を行うことが必要であると考えられる。例えば、星野一正は告知をする場合は担当看護師が同席し、「同席した看護師には、患者に医師の説明を噛みくだいて繰り返し解説すること」⁹⁾と患者中心のインフォームド・コンセントを行うために看護師が同席する重要性を説いているが、医師から患者に病状説明がある場合にも、看護師はその場に看護師がなぜいるのか、患者にとって何が必要か、どのような益があるかなど看護師が同席する意味を説明し、患者に了解を取ることも重要であろう。

また、患者の情報に関する倫理の問題は電子カルテなどコンピュータの分野に限られたものではないが、近年の電子媒体の進化に伴い、電子カルテなど患者の電子情報をどのようにまもり、取り扱い、どのような範囲の者で情報を共有するかなどについて、社会的規範としてのルールを取り決めるかについては、今後も十分に議論していかなければならない。今日のように、診療が細分化されている医療体制において、患者の個人情報である診療録および診療記録が各科ごとに管理保存されている場合が多いが、近年では複数の診療科で同一の診療録および診療記録で個人情報を一元的

に作成・管理を行っている（一患者一カルテ）場合や電子媒体を使って地域の多施設間で共有されているような取組みも見られている¹⁰⁾。

他方、電子化が行われることにより診療録および診療記録の標準化がなされることによって客観的事実を患者が希望すれば閲覧できるシステムを作り出すことも可能となるであろう。近年、看護師の国際的な取組みとして、電子カルテでのデータベースの活用を目指した言語体系である ICNP が、用語の標準化、コード化、体系化を目的として看護実践を記述する共通言語として開発されつつあることにも留意しておく必要があるだろう。

以上のように医療者間で患者の個人情報を共有し、質の高い医療をめざす取組みが行われている反面、患者の個人情報を共有する場合には、医療者間における患者の個人情報共有の制限についても今後検討し続けなければならないだろう。

2) 法的側面

法的側面からみると医療者間の診療録の共有については、医療法第22条の2の下段に「当該特定機能病院に患者を紹介しようとする医師その他厚生労働省令で定める者から第22条の2第3号又は第4号に掲げる諸記録の閲覧を求められたときは、正当の理由がある場合を除き、当該諸記録のうち患者の秘密を害するおそれのないものとして厚生労働省令で定めるものを閲覧させること。」と規定されている。以上のように診療録および診療記録の制限のある医療者間の共有については、患者に提供する医療の質の向上に必要な場合もある。しかし保助看法が平成13年に改正された際に、看護師・保健師・准看護師についても「秘密漏示罪」規定されたことに注意が必要である。この法改正¹¹⁾により、看護師等についても患者等の秘密を漏示した場合に、刑事責任が問われるようになったのである。刑法134条1項の「秘密漏示罪」の規定は、医師、薬剤師、助産師について定められたものであったため、保健師や看護師が患者の秘密を漏らしても、道義的な責任や、医療契約の不履行または不法行為による損害賠償責任（民事責任）は問われ得ても、刑事罰の対象とはならなかった。平成13年保助看法改正により新たに設けられた規定は、以下のとおりである。

すなわち、第42条の2「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする。」および第44条の3「第42条の2の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。②前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。」そのため、職務上知りえた患者の個人情報を第三者に対して漏し、患者などに告訴されれば、起訴される可能性がある。例えば、第三者からカルテの開示を求められたときに、安易にカルテを開示し、患者本人に不利益を与えた場合や看護師等が見舞い人などの第三者に対して職務上知りえた患者の個人情報を漏らした場合などには、患者等がそれについて告訴すれば、起訴されることもありうるのである。

看護師が専門職として法的な責任を負うとは、法に基づきその行為者個人の看護師の行為や判断に責任能力があるということを示すものである。これまで医師の補助者としての役割が期待されてきた看護師にも、自分自身の責任と判断で行わなくてはならないということが要請されているといえる。現代のチーム医療において、患者中心の医療を目指すならば、看護師がその看護記録に法的責任を負うことは自明のことであると考えられる。

3. 患者・家族への情報提供

患者・家族への情報開示についてはカルテを開示するかどうか、どのように開示するのかを調査することによって看護師の意識が浮き彫りになると考えたので、カルテ開示についての調査を行ったが、患者や家族への情報提供はカルテ開示だけではなく、口頭による情報の開示もありうる。このことは患者・家族への情報提供さらにはインフォームド・コンセントに関わる内容でもあるので、まずは看護師のインフォームド・コンセントの重要性について述べていきたい。

インフォームド・コンセントの基本的法理は「患者は事実を知る権利をもち、医師には真実を告げる説明義務がある。」というものであるが、

医療法1条4②に、医療の担い手に対し、「医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」とうたわれており、看護師も専門職としてインフォームド・コンセントの基本的法理を理解して、法的規制ではなく、倫理的な規範として患者中心の医療・看護を行うことが要請されているといえる。

この倫理的規範を、日本国憲法の諸規定と関係づけるなら、憲法諸原理のより根本にある「個人の尊重」や、さらにはその現代的展開の可能性を秘めた「幸福追求権」およびその一類型としての「自己決定権」を定める憲法13条（「すべて人は個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利について、公共の福祉に反しないかぎり、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」）の趣旨に沿って、受け手の意思・選択を十分に尊重し、かつその多様で高度なニーズに応えるような良質の医療サービスを提供できる体制を整備することが目的となるといえよう。

では、患者の意思・選択を十分に尊重するとはいかなることであろうか。WHO宣言¹²⁾において「患者は、自己の医療記録や専門記録および自己に対する診断、治療およびケアに付随するその他のファイルや記録にアクセスし、自己自身のファイルおよび記録あるいはその一部についてコピーを受領する権利を有する」（4-4）とある。もちろん、患者が知りたいと望む場合には、「知る権利」は保証されなければならないことは言うまでもない。しかしながら、患者の中には、自分は病名や予後については知りたくないまたは真実を知ることによって精神的打撃を受ける人もいる。そのような患者には、「知らされたくない権利」という自己決定権も別のインフォームド・コンセントの原則といえるのではないだろうか。打撃的情報の取り扱いについてはWHO宣言の中で「情報は、その提供による明らかな積極的效果が何ら期待できず、その情報が患者に深刻な危害をもたらすと信ずるに足る合理的な理由があるときのみ、例外的に、患者に提供しないことが許される」（2-3）とされていることにも注意が必要

であろう。

今回の結果からもカルテ開示については、医療者の判断が優先するとするパターンリスティックな意識をもっている看護師も多いことがわかるが、看護師が念頭においてどのようにインフォームド・コンセントを行い、どのように看護サービスを行うべきであろうか。

医療のあり方に関する従来の見方では、医師－患者関係においては、専ら医療専門職である医師が患者の生命を守り健康を維持・回復する任務・責任を負い、患者に対して権威的でパターンリスティックな関係に立つ傾向が強かった。だが、最近では患者の権利意識の高まりなどにより、かつての「おまかせ医療」は見直され、患者中心の医療へと状況が次第に改善されてきている。

従来の医師－患者のパターンリスティックな関係においては、医師が最もよいと判断した治療を専門職としての信念をもって施すべきだと信じ、医師の心得として語り継がれてきた「ヒポクラテスの誓い」を遵守することがその背景にはあると言われている。星野一正¹³⁾は「医師は往々にして患者に対して『医学の専門家の私の言う通りにしていれば間違いがないのだから素人の患者は余計な心配はせずにすべて私に任せて、養生に専念していればよいのだ』という考えから『知らしむべからず、よらしむべし』という態度をとることが多かった」と述べ、医師のパターンリズム（「家長主義」「温情的干渉主義」）からバイオエシックスの誕生した経緯と日本になじむインフォームド・コンセントについて紹介している。先にも述べたように、患者中心のチーム医療を行うためには、医師その他医療関係者が連携をして、患者のプライバシー権を尊重しながら、看護師だからこそできる、患者一人一人、その人のその人らしさを尊重する関わり、すなわち個人を尊重しながら、適切なインフォームド・コンセントを行うことが重要ではないだろうか。

他方、法哲学者中村直美¹⁴⁾はパターンリズムについて、よきパターンリズムと悪しきパターンリズムを対比して論じ、よきパターンリズムとは、自律の領域への干渉・介入は、干渉・介入を受ける個人の自律の実現・補完のためにのみ正当化さ

れ（得）るというものであり、理性的・合理的、あるいは客観的・普遍的・理想的なあるべき個人像を想定してそれを基準として、そういう人であればそのような扱いを正当と考えるかどうかという問い方をするのではなく、あくまでもその具体的な（生身の）個人に目をやりつつ、その人が何を考え、何を求め、何を大切にし、どう選択・決定しようとしているのかを問うことを第一義とする。つまり自律を尊重するが故に（ある種の）パターンリズム（よきパターンリズム）を是認することが可能であり、自分の中の自分らしくない部分を自分らしい自分がコントロールすることを支援・援助することが「自律の実現・補完」という趣旨であり、このような意味で自律を尊重することは、その人のその人らしさを尊重することすなわち個人の尊重の実質、その中核を構成するものと述べる。さらにケアの倫理はケアされる者が今そこで表示した意思のすべてに応ずるというよりも、その者が真に求めているものへと応答しようとすることによって個人を尊重することを目指しているとし、ケアの倫理と正義の倫理、パターンリズムと自律を統合的に捉え直している。もっとも、看護師は、一定期間にわたってずっと患者の世話をし、患者本人が治療や援助方法など決定する場面での身体的・精神的負担に配慮することも多く、そのために「悪しきパターンリズム」に陥りやすいことは容易に推測できる。個人の尊重は必要だけでも、そのことによってその本人に生じ得る耐え難い悲惨な結果の生起を避けるためには、最小限の干渉・介入が必要となるのである。患者の多くは、自分だけの意思ではどうにもならない状況に陥ることもある。患者は、自分がこのような身体的状況にあることについて説明を受け、そのうえで「よきパターンリズム」——つまり、弱き人々の弱さを強き人々の強さによって置き換えるのではなく、弱き人々自身が真に求めるものを探すことを支援するパターンリズム——、すなわち、危険を回避するための援助を行う必要があるのではなかろうか。

次に患者本人へのカルテ開示の結果は、「家族の了解の上で開示すべき」が4割弱であり、患者の家族へのカルテ開示については「家族の求める

ときは常に開示すべき」が少数の6.9%であった。患者の家族への情報提供には制約があることが意識されている者が多いが、反面意識していない者もあると思われる。特にこの問題は告知する場合に患者か家族か誰に告知するのかという問題にも関係していると考えられる。星野一正は、「個人の人権を護ることを主眼としたインフォームド・コンセントの基本的法理からすれば、告知は患者本人の生命に関わる肉体的・精神的問題であり、さらに遺産相続やかてい職場での後継者問題などの経済的、社会的な問題と絡むだけに患者本人だけに告知するのが本筋であろう。…中略…しかし、わが国の現状では、患者本人に告知する前に家族に告げる場合が多い。」と述べ、「患者本人の同意なくしてする家族への告知は、原則的に患者のプライバシーの侵害に相当する行為である」¹⁵⁾と警笛を鳴らす。患者本人に告知する前に家族に告知した場合に、家族が患者本人には告知して欲しくないと希望したため告知せずに、返って患者本人の自己決定権が脅かされ、苦痛に苛まれる患者も多い。今後も継続して討議しなければならない問題であろう。

以上のように、医療サービスの提供については、患者が正しい情報提供を受けた上で、自らの自己決定権を十分に行使し、医療サービスおよび看護サービスの内容および提供の在り方を選択し得なければならない。そのためには、医師・看護師その他の医療従事者は、チーム医療体制の中で自己の役割を適切に果たすことにより、患者を中心とした医療を実現する責務を負う。

そのようなチーム医療において、看護師が患者個人の秘密情報をいかに保護するかについては、慎重に細心の配慮をもって取り扱うべきである。

研究の限界

倫理的配慮のため、調査対象者は無記名であり、病院ごとの医療情報の収集・管理・開示の範囲と方法のばらつきと、同一病院内における各看護師のばらつきを分析することはしなかったもので、病院組織のあり方や医療行為の内容によっても多様であることが想定される点で限界がある

う。今回の調査は2年前(2001年)の調査であり、この調査後に法改正や電子カルテの導入など社会的な変化も多く、その点で限界があるといえる。また、O県だけの調査のため地域的な偏りがある可能性があるといえる。

おわりに

今回、看護師が患者の個人情報をどのように取扱っているか、患者の一番身近にいる医療職であるとされる看護師を対象とする調査を基に医療情報のあり方について考えてきた。

本稿でも繰り返し述べてきたように、患者中心の医療を目指すならば、医師、看護師その他すべての医療者は、それぞれに患者の意思・プライバシーの権利を尊重し、患者の個人情報患者個人が自己決定したのち自己コントロールできる権利を保障することが求められる。わが国の医療制度の中で、患者と医療者が情報を共有して、安全で質の高い医療を目指し、情報の共有化とプライバシーの尊重を両立させるような医療者の意識が不可欠であろう。中でも看護師は患者の側に一番長くいる存在であり、一人一人の患者を個人として尊重することができる看護へと展開・発展していくことが要請されているのである。そのため、制度・規範の面と意識・教育の面の両方から整備していくことが課題となっており、今後も引き続き検討が必要であると考ええる。

引用・参考文献

- 1) 藤原静雄：個人データの保護，岩村正彦；岩波講座 現代の法 10 情報と法、p190、1997
- 2) 堀部政男：プライバシー権の歴史的展開、新聞研究、11、10-14、1999
- 3) 田村圭子：看護婦の『患者情報』の取り扱いについて—患者の秘密情報を保護するにあたって—、西南女学院大学紀要：1、1997
- 4) 平葉子他：看護研究における倫理チェックリスト運用の有用性 導入前後の院内看護研究集録の比較調査から、日本看護学会論文集33回看護管理、248-250、2003
- 5) 太田勝正他：情報収集の際の患者のプライバシー

- 保護に対する看護師の認識について, 日本看護科学
学会学術集会講演集: 22, 320, 2002
- 6) 服部健司: プライバシーと守秘義務、医療倫理;
浅井篤他編、勁草書房、90、2002
- 7) 患者の権利に関するリスボン宣言、インターナ
ショナル ナーシングレビュー、3 (23)、47-49、
2000
- 8) 前掲書 3) 90-91
- 9) 星野一正: 医療の倫理、岩波新書、95-101、2000
- 10) 浅井篤他: 医療現場におけるプライバシーと守秘
義務、病院、59(5)、332-334、2000
- 11) 官報号外第134号 (平成13年6月29日発行) 「法律
第八十七号」の第6条
- 12) 河野正輝他: 障害をもつ人の人権③、有斐閣、
303-305、2000
- 13) 前掲書 6) 70
- 14) 中村直美: ケア、正義、自律とパターナリズム、
中山 将・高橋隆雄編; ケア論の射程——熊本大学
生命倫理研究会論集2——、九州大学出版会、pp
89-116、2001
- 15) 前掲書 6) 108
- 16) 越智貢他: 情報倫理学—電子ネットワーク社会の
エチカ、ナカニシヤ出版、2000

Abstract

In this paper, we will deal with the patients' right to privacy. The patients' right to privacy shall be respected at all times in medical care. Nurses should not be given to the patient's records without the consent of that third party. It is especially true in research for feelings of 967 nurses who work in general medical-surgical areas. Material in this paper will then deal with how nurses will be included the medical facts about patient health condition that informing and supporting will be filled with risks. I was able to occur the knowing how to think the patients' right to privacy.

However, confidential information in the patient's records about a third party, if the patient gives explicit consent or if expressly provided for the law / moral, must be kept confidential.

I will be discussing and demonstrating this problem.